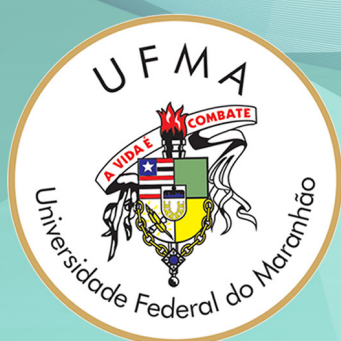


ESPECIALIZAÇÃO EM NEFROLOGIA MULTIDISCIPLINAR
MÓDULO 11 - CONTROLE, AVALIAÇÃO E REGULAÇÃO
JOYCE SANTOS LAGES

NEFROLOGIA

UNIDADE 3

REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA DE
PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA



ESPECIALIZAÇÃO EM NEFROLOGIA MULTIDISCIPLINAR

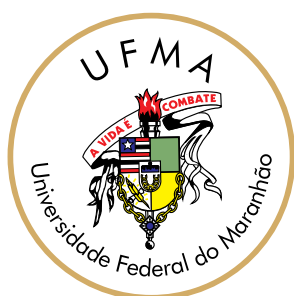
MÓDULO 11 - CONTROLE, AVALIAÇÃO E REGULAÇÃO

JOYCE SANTOS LAGES

NEFROLOGIA

UNIDADE 3

REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA
DE PACIENTES COM DOENÇA RENAL
CRÔNICA



EQUIPE TÉCNICA DO CURSO

Coordenação Geral

Natalino Salgado Filho

Coordenação Adjunta

Christiana Leal Salgado

Coordenação Pedagógica

Patrícia Maria Abreu Machado

Coordenação de Tutoria

Maiara Monteiro Marques Leite

Coordenação de Hipermídia e Produção de Recursos Educativos

Eurides Florindo de Castro Júnior

Coordenação de EAD

Rômulo Martins França

Coordenação Científica

Francisco das Chagas Monteiro Júnior

João Victor Leal Salgado

Coordenação Interinstitucional

Joyce Santos Lages

Coordenação de Conteúdo

Dyego J. de Araújo Brito

Supervisão de Conteúdo de Enfermagem

Giselle Andrade dos Santos Silva

Supervisão de Avaliação, Validação e Conteúdo Médico

Érika C. Ribeiro de Lima Carneiro

Soraya Maria da Rocha Froe

Supervisão de Conteúdo Multiprofissional

Raissa Bezerra Palhano

Supervisão de Produção

Priscila André Aquino

Secretaria-Geral

Joseane de Oliveira Santos

APRESENTAÇÃO

Prezado aluno,

Nesta unidade, faremos um breve relato sobre a hierarquização, integralidade e a regulação no SUS, destacando pontos estabelecidos por portarias ministeriais e avaliando criticamente as lacunas ainda presentes no contexto brasileiro.

Em seguida, abordaremos a organização da Rede SUS para a atenção ao portador de doença renal crônica (DRC), especificando a estruturação do sistema, detalhando os pontos de atenção dos componentes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e suas respectivas atribuições dentro da linha de cuidado.

Além disso, descreveremos as tipologias e atribuições das unidades de atenção especializada ambulatorial em DRC que compõem a Rede.

Por fim, realizaremos uma análise crítica do contexto nacional referente à atenção à saúde para a DRC.

Boa leitura!

OBJETIVOS

- Apresentar os princípios do SUS mais diretamente relacionados à linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica ou pertencente ao grupo de risco.
- Descrever a organização da Rede SUS para o atendimento do paciente com DRC e os sistemas de referência e contrarreferência.

Produção

Editor Geral

Christiana Leal Salgado
Hudson Francisco de Assis Cardoso Santos
Eurides Florindo de Castro Júnior

Revisão Técnica

Christiana Leal Salgado
Dyego José de Araújo Brito
Giselle Andrade dos Santos Silva
Patrícia Maria Abreu Machado
Soraya Maria da Rocha Froes

Colaboradores

Antonio Paiva da Silva
Antonio Pedro Aragão Ferreira
Camila Santos de Castro e Lima
Douglas Brandão França Junior
Fábio Alex
Hanna Correa da Silva
João Gabriel Bezerra de Paiva
Luan Passos Cardoso
Paola Trindade Garcia
Priscila Aquino
Raissa Bezerra Palhano

Revisão Ortográfica

Fábio Alex

Projeto Gráfico

Marcio Henrique

Unidade UNA-SUS/UFMA: Rua Viana Vaz, nº 41, CEP: 65020-660. Centro, São Luís - MA.
Site: www.unasus.ufma.br

Esta obra recebeu apoio financeiro do Ministério da Saúde.

Normalização

Eudes Garcez de Souza Silva - CRB 13ª Região, nº de registro - 453

Universidade Federal do Maranhão. UNASUS/UFMA

Referência e Contrarreferência de pacientes com doença renal crônica/Joyce Santos Lages (Org.). - São Luís, 2015.

35f.: il.

1. Doença crônica. 2. Saúde pública. 3. Sistema Único de Saúde. 4. UNA-SUS/UFMA. I. Oliveira, Ana Emília Figueiredo de. II. Salgado, Christiana Leal. III. Salgado Filho, Natalino. IV. Machado, Patrícia Maria Abreu. V. Froes, Soraya Maria da Rocha.

CDU 614.2

O CURSO

O Curso de Especialização em Nefrologia Multidisciplinar tem como objetivo promover a capacitação de profissionais da saúde no âmbito da Atenção Primária e procura fundamentar o cuidado integral e as ações de prevenção à doença renal. Busca, ainda, desenvolver e aprimorar competências clínicas/gerenciais na prevenção e no tratamento do usuário do SUS que utiliza a Rede Assistencial de Saúde.

Este curso faz parte do Projeto de Qualificação em Nefrologia Multidisciplinar da UNA-SUS/UFMA, em parceria com a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS), a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS) e o apoio do Departamento de Epidemiologia e Prevenção de Doença Renal da Sociedade Brasileira de Nefrologia.

Essa iniciativa pioneira no Brasil contribuirá também para a produção de materiais instrucionais em Nefrologia, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, disponibilizando-os para livre acesso por meio do Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (ARES). Este acervo é um repositório digital da UNA-SUS que contribui com o desenvolvimento e a disseminação de tecnologias educacionais interativas.

O modelo pedagógico enquadra-se na modalidade de educação a distância (EAD), que possibilita o acesso ao conhecimento, mesmo em locais mais remotos do país, e integra profissionais de nível superior que atuam nos diversos dispositivos de saúde. Estamos associando tecnologias educacionais interativas e os recursos humanos necessários para disponibilizar a você, nosso discente, materiais educacionais de alta qualidade, que facilitem e enriqueçam a dinâmica de ensino-aprendizagem.

Esperamos que você aproveite todos os recursos produzidos para este curso.

Abrace esse desafio e seja bem-vindo!

Prof^a. Dra. Ana Emília Figueiredo de Oliveira

Coordenadora Geral da UNA-SUS/UFMA

Prof. Dr. Natalino Salgado Filho

Coordenador do Curso de Especialização em Nefrologia Multidisciplinar da UNA-SUS/UFMA

LISTA DE SIGLAS

- DRC - doença renal crônica
- DPAC - diálise peritoneal ambulatorial contínua
- DPA - diálise peritoneal automática
- DPI - diálise peritoneal intermitente
- HD - hemodiálise
- SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

	UNIDADE 3.....	15
1	INTRODUÇÃO.....	17
2	SUS: HIERARQUIZAÇÃO, INTEGRALIDADE E REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE.....	18
2.1	Hierarquização.....	19
2.2	Integralidade.....	20
2.3	Regulação da assistência à saúde.....	20
3	REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA DE PACIENTES COM DRC.....	22
	REFERÊNCIAS.....	33

UNIDADE 3

1 INTRODUÇÃO

Uma das diretrizes fundamentais do SUS é a descentralização de ações e serviços de saúde, conforme estabelece a Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990). Todavia, passados mais de 20 anos, essa diretriz ainda tem sido um desafio aos gestores das três esferas de governo, pois requer a estruturação de uma rede de ações e serviços de saúde integrada, isto é, apta a garantir o acesso, a circulação e o acompanhamento dos pacientes entre os diversos níveis de atenção, orientados por um sistema de referência e contrarreferência municipal e intermunicipal (BRASIL, 2011).



Nesses anos de construção do SUS, observaram-se apenas ações tímidas no tocante à formulação de uma política nacional de macrorregulação voltada ao interesse público e ao apoio decisivo de sua implementação. Tal fato levou gestores locais a construir frágeis serviços de controle e avaliação, assim como raras ações de contratação, regulação de acesso, controle assistencial, supervisão hospitalar e ambulatorial, implantação de complexos regulatórios, centrais de internação, de consultas e de exames (SCHILLING; REIS; MORAES, 2006).

Isso resultou em falta de homogeneidade nacional nas práticas de gestão do SUS, perpetuando, inclusive, diferenças interestaduais. Cumpre considerar que houve a edição de portarias estabelecendo diretrizes e responsabilidades da União, Estados e Municípios; além disso, tem havido melhorias na pactuação entre essas instâncias, reforçando, assim, a gestão descentralizada do SUS. Entretanto, faz-se necessária a efetivação das ações de regulação, de modo a garantir redes de atenção à saúde eficazes e eficientes, que de fato assegurem a organização dos circuitos e fluxos assistenciais, promovendo acesso equânime, integral e qualificado aos serviços de saúde (BRASIL, 2011; BRASIL, 2008; BRASIL, 2004).



Especificamente no caso da DRC, o quadro é similar, embora sejam registrados avanços, como a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal e a mais recente portaria, que define os critérios para a organização da linha de cuidado da pessoa com DRC, ainda se observam lacunas entre os níveis de atenção, comprometendo a integralidade do tratamento e ampliando os custos respectivos (MACHADO; CHERCHIGLIA; ACÚRCIO, 2011; PENA et al., 2012).

Estudos evidenciam que a atenção primária aos grupos de risco para a DRC também requer sólidas adequações na assistência propriamente dita e nos fluxos e encaminhamentos para outros níveis de atenção, de modo a tornar-se mais resolutiva. O mesmo ocorre nos níveis hierárquicos mais complexos da assistência (média e alta complexidade), nos quais medidas corretivas devem ser instauradas (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011; MACHADO; CHERCHIGLIA; ACÚRCIO, 2011; PENA et al., 2012).

2 SUS: HIERARQUIZAÇÃO, INTEGRALIDADE E REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

O SUS pode ser entendido, em primeiro lugar, como uma “política de Estado”, materialização de uma decisão adotada pelo Congresso Nacional, em 1988, na chamada “Constituição Cidadã”, de considerar a saúde como um “direito de cidadania e um dever do Estado” (TEIXEIRA, 2011).

Nesse sentido, o SUS foi idealizado e vem sendo construído de forma hierárquica, visando à integralidade da assistência à saúde, num processo regulatório a fim de organizar a atenção à saúde. Para melhor entendimento da linha de cuidado da pessoa com DRC, faz-se necessário o conhecimento de alguns princípios do SUS, tais como hierarquização e integralidade, e a regulação da assistência à saúde nessa população.

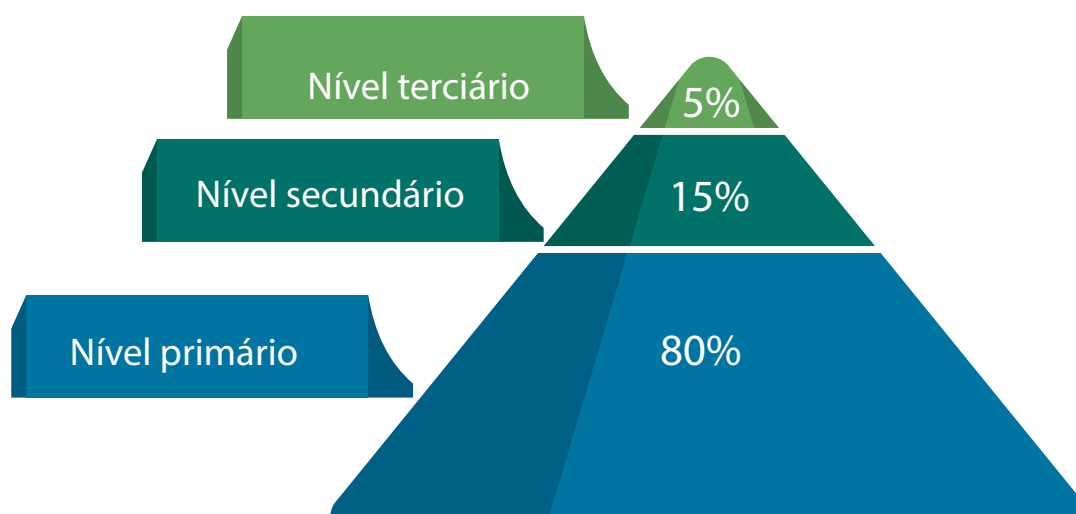
2.1 Hierarquização

Os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. Isso implica na capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando um ótimo grau de resolubilidade (solução de seus problemas). O acesso da população à rede deve se dar por meio dos serviços de nível primário de atenção que devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde. Os demais, devem ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica. A rede de serviços, organizada de forma hierarquizada e regionalizada, permite um conhecimento maior dos problemas de saúde da população da área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade (TEIXEIRA, 2011).

Figura 1 – Níveis de complexidade de atenção à saúde e sua hierarquização.

Organizando os serviços

Hierarquização dos níveis de complexidade de atenção



FONTE: ATILANO, Victor. **A Reforma Sanitária e o processo de implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil**. 2015. Disponível em: <http://images.slideplayer.com.br/3/384222/slides/slide_30.jpg>. Acesso em: 18 ago. 2015.

2.2 Integralidade

É o reconhecimento na prática dos serviços de que cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade; de que as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas; de que as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral. Enfim: “O homem é um ser integral, bio-psico-social, e deve ser atendido com essa visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde.” (BRASIL, 1990; TEIXEIRA, 2011).

Figura 2 – Referência e contrarreferência na integralidade da assistência à saúde



FONTE: MARION, Patrícia Cruz Rodrigues. **Estrutura dos serviços de saúde:** Redes de Atenção à Saúde. São Paulo: UNIFESP, 2013. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/EnfPatriciaRodrigues/estrutura-organizacional-dos-servicos-de-sade-redes-de-ateno-sade-ras>>. Acesso em: 18 ago. 2015.

2.3 Regulação da assistência à saúde

Em 2006, como um dos componentes do Pacto pela Saúde, na sua diretriz Pacto de Gestão, o Ministério da Saúde propôs a Política Nacional de Regulação a fim de consolidar um importante eixo para a gestão do SUS.

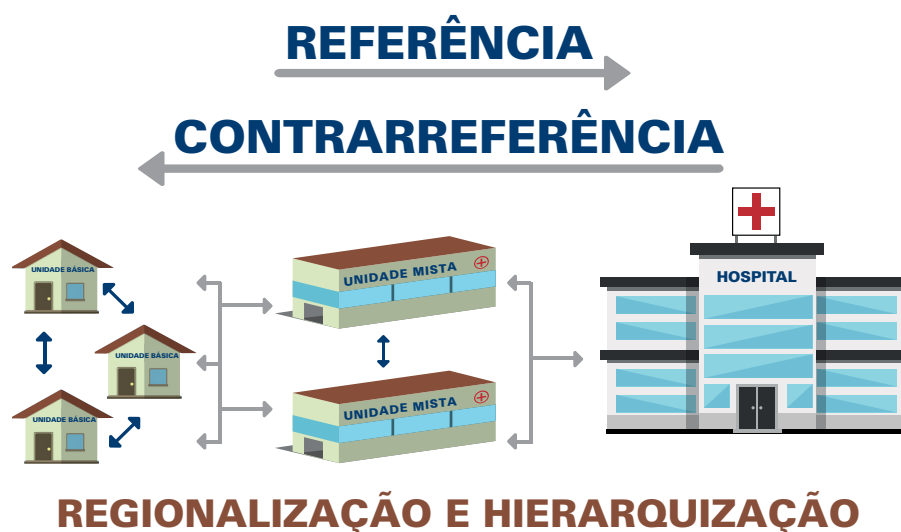
Essa política surgiu para garantir a operacionalização pelo gestor de uma oferta regulada, seguindo um fluxo que permita o caminho mais oportuno na resposta das necessidades do cidadão. Nasceu como resposta ao avanço organizacional e conceitual do controle, da avaliação e da auditoria em saúde.

O Ministério da Saúde normatizou essa política por meio da Portaria GM/MS nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, que institui a Política Nacional de Regulação e estabelece as ações para a sua implantação. No ano seguinte, foi expedida a Portaria GM/MS nº 2.907, de 23 de novembro de 2009, que dispõe sobre o financiamento para a implantação e/ou implementação de complexos reguladores e informatização das unidades de saúde, no âmbito do SUS (BRASIL, 2011; BRASIL, 2008).

Em conformidade com o Ministério da Saúde, a Política Nacional de Regulação do SUS prevê a organização das ações em três dimensões: Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso à Assistência.

A Regulação do Acesso à Assistência contempla o sistema de referências e contrarreferências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados (BRASIL, 2008).

Figura 3 – Rede de saúde hierarquizada e complementar

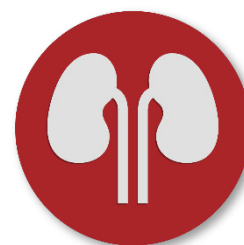


FONTE: ATILANO, Victor. **A Reforma Sanitária e o processo de implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil**. 2015. Disponível em: <http://images.slideplayer.com.br/3/384222/slides/slide_30.jpg>. Acesso em: 18 ago. 2015.

Uma estratégia para regular a oferta e a demanda em saúde é a constituição do Complexo Regulador, que consiste na organização do conjunto de ações da Regulação do Acesso à Assistência, de maneira articulada e integrada, para adequar a oferta de serviços de saúde à demanda que mais se aproxima das necessidades dos usuários do SUS.

3 REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA DE PACIENTES COM DRC

Para abordar especificamente o tema em questão, faz-se necessário descrever os critérios diagnósticos - sobretudo o estadiamento da DRC, uma vez que o atendimento no âmbito do SUS ocorre também em função do estágio da DRC no qual o paciente se encontra.



A DRC caracteriza-se por anormalidades na estrutura ou na função do rim, com ou sem redução da FG; ou $FG < 60 \text{ mL/min/1,73 m}^2$, com ou sem lesão renal, persistentes por um período igual ou superior a três meses. Com base nessa definição, foi proposta a classificação (estadiamento) da DRC conforme quadro 1 (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010).

Quadro 1 - Classificação da doença renal crônica proposta pelo Kidney Disease Outcomes Quality Initiative.

Estágio	Descrição	Filtração glomerular em mL/min/1,73m^2
1	Lesão renal com FG normal ou aumentada	≥ 90
2	Lesão renal com FG levemente diminuída	60-89
3	Lesão renal com FG moderadamente diminuída	30-59
4	Lesão renal com FG severamente diminuída	15-29
5	Falência da função renal,, estando ou não em terapia renal substitutiva	< 15

Fonte: Adaptado de BASTOS, M. G.; BREGMAN, R.; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. **Rev. Assoc. Med. Bras.** v. 56, n. 2, p. 248-253, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302010000200028&script=sci_abstract&tlng=pt.

O Ministério da Saúde instituiu a Portaria nº 389 em 31 de março de 2014, que define os critérios para a organização da linha de cuidado da pessoa com DRC e o incentivo financeiro de custeio para o cuidado ambulatorial pré-analítico. De acordo com essa portaria, as unidades de saúde integrantes da linha de cuidado à pessoa com DRC, na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, devem observar as seguintes diretrizes:

Foco da atenção nas necessidades de saúde da população, coordenado pela Atenção Básica e abrangente a todos os níveis de atenção.

Diagnóstico precoce das pessoas com DRC.

Implementação da estratificação de risco da população com DRC segundo o estadiamento da doença. Ressalva-se que essa Portaria considera, para efeitos de classificação do estágio clínico da DRC, a subdivisão do estágio 3 em 3a (TFG = 45 a 59 mL/min/1,73m²) e 3b (TFG = 30 a 44 mL/min/1,73m²) (BRASIL, 2014).

Garantia de financiamento adequado para prevenção e tratamento dos fatores de risco e da DRC na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, sobretudo aos pacientes na fase pré-dialítica ou necessitando de terapia renal substitutiva (TRS).

Garantia da educação permanente aos profissionais da saúde, capacitando-os à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento da DRC e fatores de risco.

Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente.

Garantia de apoio diagnóstico e terapêutico adequado para tratamento da DRC e dos fatores de risco, baseado nas necessidades de saúde, respeitando as diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas.

Articulação intersetorial e ampla participação e controle social.

Garantia da difusão das ações e cuidado à pessoa com DRC nos pontos de atenção da linha de cuidado, promovendo a comunicação entre os serviços de saúde e o cuidado compartilhado (BRASIL, 2014).

De acordo com Bastos; Bregman; Kirsztajn (2010), a linha de cuidado para a DRC inclui também pacientes que compõem os grupos de risco:

Hipertensos	Diabéticos	Idosos
Pessoas com doença cardiovascular	Familiares de pessoas com DRC	Pessoas em uso de agentes nefrotóxicos

Os pontos de atenção dos componentes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas têm as seguintes atribuições (algumas das quais se baseiam nas Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do SUS (BRASIL, 2014):



Componentes da Atenção Básica:

- a. Realizar ações recomendadas pela Política Nacional de Promoção à Saúde na prevenção dos fatores de risco da DRC.
- b. Atualizar o calendário vacinal das pessoas com DRC, conforme Programa Nacional de Imunização do Ministério da Saúde (PNI/MS).
- c. Realizar diagnóstico precoce e tratamento oportuno da DRC consoante os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT).
- d. Realizar estratificação de risco e encaminhamento à atenção especializada, quando necessário.
- e. Coordenar e manter o vínculo e o cuidado das pessoas com DRC, quando referenciados para outros pontos de atenção da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas.
- f. Realizar atividades educativas e apoiar o autocuidado, ampliando a autonomia da pessoa com DRC.
- g. Prestar cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência ou encaminhamento das pessoas com complicações agudas da DRC ou da TRS a outros pontos de atenção, quando necessário, seguindo a Portaria nº 1.600/GM/MS de 6 de junho de 2011.
- h. Registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) as ações de controle da DRC.
- i. Realizar a gestão do cuidado à pessoa com DRC e a atenção aos pacientes nos estágios clínicos pré-dialíticos de 1 a 3 (BRASIL, 2014).



Componentes da Atenção Especializada Ambulatorial:

- a. Atuar segundo definição da Rede de Atenção à Saúde (RAS).
- b. Prestar assistência ambulatorial multiprofissional, incluindo a necessidade de TRS.
- c. Disponibilizar carga horária adequada à realidade local e mediante pactuação e contratualização do gestor para realizar apoio matricial (presencial ou a distância) às equipes de atenção básica de referência nos temas referentes a doenças renais.

- d. Diagnosticar, quando houver necessidade de TRS-diálise, os casos indicados para confecção de fístula arteriovenosa ou implante de cateter de Tenckhoff para diálise peritoneal.
- e. Definir previamente, no contrato entre a unidade especializada em DRC e o gestor local, a quem compete a responsabilidade por tais procedimentos.
- f. Utilizar a regulação das urgências para encaminhar ou transferir pessoa com DRC aos centros de referência, previamente pactuados local e regionalmente, quando essa pessoa, em uma unidade de atenção especializada ambulatorial em DRC, eventualmente necessitar de cuidados de urgência.
- g. Manter comunicação com as equipes multiprofissionais da RAS;
- h. Realizar o cuidado às pessoas nos estágios 4 e 5 (pré-diálise) da DRC e os procedimentos necessários (TRS inclusive).
- i. Informar todos os acompanhamentos multiprofissionais a esses grupos no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), ou eventual substituto, segundo a tipologia da unidade de saúde (BRASIL, 2014).

Com o objetivo de organizar a atenção à saúde da pessoa com DRC, a portaria define também as tipologias e atribuições das unidades de atenção especializada ambulatorial em DRC que compõem a Rede. São elas:

- a. Unidade especializada em DRC** - responsável pela Atenção de média complexidade. Deve assistir pessoas com DRC nos estágios 4 e 5 (pré-diálise) ou situações previstas nas diretrizes clínicas para o cuidado à pessoa com DRC no SUS (exceto TRS-diálise), por meio de consultas multiprofissionais. Deve, também, matricular as equipes de Atenção Básica, nos temas referentes a doenças renais.
- b. Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia** - responsável pela Atenção de Alta Complexidade, realizará pelo menos uma modalidade de TRS-diálise: diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC); diálise peritoneal automática (DPA); diálise peritoneal intermitente (DPI) ou hemodiálise (HD), cabendo-lhe também consultas com nefrologistas e exames decorrentes da(s) modalidade(s) (BRASIL, 2014).
- c. Unidade especializada em DRC com TRS/diálise** - responsável pela atenção de média e alta complexidade, com destaque para as ações:

Realizar o acompanhamento multiprofissional das pessoas com DRC nos estágios 4 e 5 (pré-dialíticos) por meio de consultas multiprofissionais e realização de exames previstos nas Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do SUS.

Matriciar as equipes de atenção básica nos temas relacionados a doenças renais por meio de interconsultas, segunda opinião, discussão de casos, educação permanente e intervenções, compartilhando o cuidado de uma população específica e ampliando a resolutividade das equipes.

Ofertar pelo menos uma das modalidades de TRS-diálise descritas. A unidade de assistência de alta complexidade em Nefrologia e a unidade especializada em DRC com TRS/diálise devem:

- a. Oferecer, obrigatoriamente, atendimento ambulatorial aos pacientes em tratamento dialítico sob sua responsabilidade e aporte nutricional a esses pacientes no dia do procedimento, sob orientação do nutricionista e com base na prescrição médica.
- b. Prestar os primeiros atendimentos ao paciente nos casos de intercorrências durante a diálise, garantindo a estabilização deles.
- c. Dar continuidade à assistência por meio da regulação de urgência e emergência, garantindo o transporte do paciente e a continuidade da assistência necessária para as referências previamente pactuadas local e regionalmente (BRASIL, 2014).

A linha de cuidado da DRC no SUS prevê ainda que os pacientes que optarem por diálise peritoneal serão encaminhados, juntamente com seus familiares, ao serviço de referência de implante de cateter, em tempo hábil para o início do tratamento, visando ao treinamento pela equipe multidisciplinar (BRASIL, 2014).



Pelo exposto, pode-se observar que a União vem historicamente implementando medidas no intuito de atender aos princípios e diretrizes do SUS e, de forma mais específica, de satisfazer as necessidades de saúde dos grupos de risco e de pessoas com DRC, arcando inclusive com os custos do tratamento, que, como é sabido, são extremamente elevados, especialmente na média e alta complexidade (BRASIL, 1990).

Assim, ocorre a regulamentação de políticas, diretrizes, protocolos clínicos, boas práticas, programas e outros pelo Ministério da Saúde - alguns dos quais descritos anteriormente - direcionada à atenção à saúde da pessoa com DRC, estabelecendo, por exemplo:

Ações de controle e avaliação; níveis de atenção; tipologias das unidades de saúde e suas respectivas atribuições; competências dos entes federativos enquanto gestores do SUS; regulação do acesso à assistência, fluxos interinstitucionais e processos de referência e contrarreferência desses pacientes no âmbito do SUS (BRASIL, 2014).

Entretanto, o que se pode observar no contexto brasileiro é que muitas dessas medidas de atenção à saúde da pessoa com DRC ou de integrantes dos grupos de risco ainda não se efetivam de maneira plena.

As falhas no diagnóstico precoce e no tratamento imediato nas fases iniciais da DRC têm acarretado um encaminhamento tardio do paciente com DRC ao nefrologista. Esse direcionamento ocorre já na fase terminal da doença, inviabilizando um tratamento conservador, que poderia evitar ou retardar a entrada em terapia de substituição renal (TRS).

Em Belo Horizonte, por exemplo, 80% dos portadores de DRC terminal chegam aos serviços de saúde pela urgência e emergência, já com quadro de graves complicações. Tal cenário evidencia que a assistência aos principais fatores de risco para a DRC (diabetes e hipertensão arterial) não está ocorrendo de forma satisfatória (MACHADO; CHERCHIGLIA; ACÚRCIO, 2011).

Um estudo realizado em Fortaleza revelou que 25,8% dos médicos do nível primário não solicitam uma avaliação do nefrologista nos

casos característicos de redução avançada da TFG (PENA et al., 2012). A proporção de pacientes com DRC em estágio avançado vista pela primeira vez por nefrologista imediatamente antes do início de tratamento dialítico, é inaceitável (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011).



As medidas de promoção da saúde e prevenção da insuficiência renal mostram-se ainda escassas. Soma-se a isso a falta de capacitação dos profissionais da Atenção Básica para detecção precoce, acompanhamento, monitoramento e controle dos principais grupos de risco para a doença renal (MACHADO; CHERCHIGLIA; ACÚRCIO, 2011).

Tal situação ratifica o que Pena et al (2012) descrevem sobre a saúde no Brasil, destacando que persistem alguns problemas de considerável gravidade na assistência em nível primário, ainda pouco resolutive. Particularmente no caso da DRC, isso compromete o diagnóstico precoce e o encaminhamento imediato para o nefrologista - essenciais no manuseio desses pacientes, já que possibilitariam a educação pré-diálise e a implementação de medidas preventivas que retardam ou mesmo interrompem a progressão para os estágios mais avançados da DRC, além de reduzir a morbimortalidade inicial (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011).

Assim, o panorama do acesso ao cuidado, no que se diz respeito a referenciar os pacientes ou grupos de risco da DRC da Atenção Primária à Saúde para outros níveis de atenção, requer novas e efetivas ações, pois vem afetando a integralidade do tratamento e os custos a ele associados (PENA et al., 2012). Estes últimos - convém salientar - elevam-se bastante caso o paciente necessite de Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia ou de uma unidade especializada em DRC com TRS/diálise.

Em relação à alta complexidade, além da crescente demanda (que ocasiona um aumento das filas de espera), o acesso aos transplantes renais é bastante desigual entre a população dos diversos estados, entre os indivíduos que pagam pelo serviço ou possuem plano de saúde e aqueles sem cobertura de plano privado. Isso gera dificuldades de acesso para a

população de baixa renda e para os que residem distantes dos centros transplantadores ou não têm recursos para custear o deslocamento (MACHADO; CHERCHIGLIA; ACÚRCIO, 2011).

Evidências e dados da literatura sugerem incipiência e fragilidade dos mecanismos de regulação e organização das redes e fluxos assistenciais, bem como dos processos de referência e contrarreferência. Tais mecanismos não foram capazes de mudar os padrões históricos nem de assegurar as características gerais da assistência ambulatorial e hospitalar no SUS, por meio do acesso equânime, descentralizado, integral e de qualidade dos grupos de risco e pacientes com DRC aos serviços de saúde.

SAIBA MAIS

Para ler mais sobre o assunto acesse, os seguintes artigos:

Ensaio sobre a cegueira: mortalidade de pacientes com doença renal crônica em hemodiálise de emergência. Acesse:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012001100014&script=sci_arttext.

Referência para o ambulatório de nefrologia: inadequação da demanda para o especialista. Acesse:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-28002010000200002&script=sci_arttext.

Para conhecer mais sobre a definição, evolução, classificação e estratificação da DRC, acesse o link: http://www2.kidney.org/professionals/KDOQI/guidelines_ckd/toc.html.

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade foram estudados os seguintes aspectos:

- Os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida (hierarquizados e regionalizados);
- A prática dos serviços deve ser pautada em cada pessoa e que este é um todo indivisível e integrante de uma comunidade; as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas (integralidade);
- A Regulação do Acesso à Assistência contempla o sistema de referências e contrarreferências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados;
- A Portaria 389 define a organização da atenção à saúde da pessoa com DRC em unidades de atenção especializada que compõem a Rede, sendo elas: Unidade Especializada em DRC, Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia, Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise, definido ainda suas atribuições;
- Apesar da proposta de organização do sistema em Rede observa-se fragilidades do sistema, no que se refere aos fluxos interinstitucionais e à assistência propriamente dita, que impactam negativamente a vida dos pacientes e ampliam os custos dos tratamentos.

REFERÊNCIAS

ATILANO, Victor. **A Reforma Sanitária e o processo de implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil**. 2015. Disponível em: <http://images.slideplayer.com.br/3/384222/slides/slide_30.jpg>. Acesso em: 18 ago. 2015.

BASTOS M.G.; KIRSZTAJN, G.M. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. **J Bras Nefrol**, v. 33, n.1, p. 93-108, 2011. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/podcast/artigo2.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2015.

____; BREGMAN, R.; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 56, n. 2, p. 248-253, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302010000200028&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 29 jul. 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Regulação em saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2011. 126p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 10). Disponível em: http://www.conass.org.br/colecao2011/livro_10.pdf. Acesso em: 29 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1168/GM, de 15 de junho de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença

Renal, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_1168_ac.htm>. Acesso em: 29 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1 ago. 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html. Acesso em: 29 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 389, de 13 de março de 2014. Define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0389_13_03_2014.html>. Acesso em: 29 jul. 2015.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 29 jul. 2015.

FARIAS, S. F. et al. A regulação no setor público de saúde no Brasil: os (des) caminhos da assistência médico-hospitalar. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p.1043-1053, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000700037&script=sci_arttext>. Acesso em: 30 jul. 2015.

MACHADO, E. L.; CHERCHIGLIA, M. L.; ACÚRCIO, F.A. Perfil e desfecho clínico de pacientes em lista de espera por transplante renal, Belo Horizonte (MG, Brasil), 2000-2005. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16 n. 3, p. 1981-1992, mar. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000300032&script=sci_arttext. Acesso em: 30 jul. 2015.

MARION, Patrícia Cruz Rodrigues. **Estrutura dos serviços de saúde: Redes de Atenção à Saúde**. São Paulo: UNIFESP, 2013. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/EnfPatriciaRodrigues/estrutura-organizacional-dos-servios-de-sade-redes-de-ateno-sade-ras>>. Acesso em: 18 ago. 2015.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, aug. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005>. Acesso em: 30 jul. 29 jul. 2015.

NATIONAL KIDNEY FOUNDATION. KDOQI. Clinical practice guidelines for chronic disease: evaluation, classification and stratification. **Am J Kidney Dis**, v. 39, n. 2, supl. 1, p. S1-266, fev. 2002. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11904577>>. Acesso em: 30 jul. 2015.

NOVA FRIBURGO. Prefeitura Municipal de Saúde. **Fundação Municipal de Saúde implanta o Sistema de Regulação nas Unidades de Saúde**. Nova Friburgo, RJ, 2012. Disponível em: <http://novafriburgo.rj.gov.br/2012/03/fundacao-municipal-de-saude-implanta-o-sistema-de-regulacao-nas-unidades-de-saude/>. Acesso em: 29 jul. 2015.

PENA, P.F.A. et al. Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica no nível primário: pensando a integralidade e o matriciamento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3135-3144, nov. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100029>. Acesso em: 30 jul. 2015.

SHILLING, C.; REIS, A.T.; MORAES, J.C. (Org.). **A política de regulação no Brasil**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. 116 p. (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde; 12). Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/st12.pdf>>. Acesso em: 30 jul. 2015.